



CONSENSO INFORMATO

IDL 01-MDS8
allegato 01-Rev. 02
Del 12.06.24

INFORMATIVA INFILTRAZIONE ARTICOLARE E PERIARTICOLARE

Data e firma consegna informativa _____

Infiltrazione Articolare e Periarticolare: l'infiltrazione articolare è una metodica che prevede l'iniezione diretta di un farmaco all'interno dello spazio sinoviale di un'articolazione oppure all'interno della borsa mucosa periarticolare. Il trattamento infiltrativo locale è indicato sia nei processi infiammatori acuti (con dolore e limitazione funzionale) specie quando abbia fallito il trattamento farmacologico e/o fisioterapico tradizionale, sia in patologie degenerative delle articolazioni non in fase algica (con l'utilizzo di farmaci condroprotettori).

I farmaci maggiormente utilizzati sono: cortisonici e acidi ialuronici.

Le patologie in cui l'utilizzo delle infiltrazioni risultano essere maggiormente efficaci: artrosi, artriti (non infettive), tendiniti, peritendiniti, tenosinoviti, borsiti, fasciti.

Se ben eseguita risulta una metodica poco invasiva e sicura, benché come tutte le terapie cruente non risulti scevra da rischi e complicanze, le più importanti delle quali risultano essere sanguinamenti, reazioni vagali, infezioni, riesacerbazione del dolore.

CONTROINDICAZIONI:

- Infezioni loco regionali
- Allergia a farmaci utilizzati
- Patologie cardiache di rilievo
- Bradicardia e BAV non in trattamento
- Belonefobia (anche moderata)
- Traumi articolari molto recenti (meno di una settimana)
- Alterazioni della coagulazione (congenite o acquisite)
- Assunzioni di farmaci anticoagulanti e/o antiaggreganti

Alternative al trattamento

Rischi del mancato trattamento

Il mancato trattamento può determinare un peggioramento della sintomatologia o della funzionalità lesa e/o l'instaurarsi di patologie croniche.

CONSENSO INFORMATO TRATTAMENTO FISIOTERAPICO INFILTRAZIONI					
<small>(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.01.2022)</small>					
Io sottoscritto/a (Nome e Cognome)					
Nato/a a		Il (gg/mm/aaaa)			
Documento d'identità (Specificare tipo di documento)		n.		del	
In qualità di:		<input type="checkbox"/> Diretto interessato <input type="checkbox"/> Tutore/Rappresentante legale del/la sig./ra:			

DICHIARO

DI ESSERE STATO INFORMATO/A IN MODO CHIARO, COMPRENSIBILE ED ESAURIENTE SUL TIPO DI TRATTAMENTO FISIOTERAPICO



CONSENSO INFORMATO

IDL 01-MDS8
allegato 01-Rev. 02
Del 12.06.24

PROPOSTO: TECNICHE, MATERIALI E MEZZI UTILIZZATI;

- sulle possibili conseguenze derivanti dalla mancata esecuzione del trattamento suddetto;
- sui benefici attesi, i rischi presunti e le eventuali complicanze ed effetti collaterali;
- sui comportamenti da mettere in atto onde evitare e/o limitare eventuali complicanze durante e dopo il trattamento;
- sulla possibilità di interrompere liberamente ed in qualsiasi momento il trattamento;
- sull'impossibilità a procedere nel trattamento caso di mancata sottoscrizione del presente consenso.

DICHIARO INOLTRE DI:

- aver pienamente compreso quanto mi è stato verbalmente detto relativamente al trattamento proposto;
- aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti;
- essere stato/a informato/a dei motivi che consigliano il trattamento proposto e sulla qualità della mia vita in caso di rifiuto;
- aver avuto il tempo sufficiente per decidere;
- essere consapevole che la decisione di accettare il trattamento proposto è volontaria e che posso ritirare il consenso in qualsiasi momento;

DICHIARO INOLTRE

<input type="checkbox"/> DI AVER FORNITO	<input type="checkbox"/> DI NON AVER FORNITO
---	---

il farmaco utilizzato per l'infiltrazione e, avendolo fornito personalmente, di averlo conservato secondo idonee modalità.

Nome farmaco	Lotto	Data

PERTANTO

<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO
--	--

LIBERAMENTE E CONSAPEVOLMENTE AL TRATTAMENTO

Data ___/___/___

Firma

Nome e Cognome Paziente	Nome e Cognome del Medico Responsabile
*Firma Paziente	Firma del Medico Responsabile

(*) Per Pazienti minori allegare, al presente Consenso, il "Modello A minore"

<input type="checkbox"/> REVOCA DEL CONSENSO

Data ___/___/___

Firma del paziente